

## **Il Cappellano Cattolico in Pastorale della Salute alle soglie del 3° Millennio – Problemi emergenti.**

P. Renato Di Menna MI  
*Consultore del Pontificio Consiglio  
 Docente all'Istituto Internazionale  
 di Pastorale Sanitaria "Camillianum", Roma*

Questo mio intervento presuppone le esposizioni che lo hanno preceduto su l'identità del Cappellano cattolico in Pastorale della salute alle soglie del 3° millennio, dal punto di vista teologico e giuridico. Il mio compito, ora è quello di evidenziare le linee portanti dell'azione pastorale sanitaria sottolineandone particolarmente i problemi emergenti alle soglie del 3° millennio. Per dare continuità armonia e coerenza al mio dire, dovrò, facilmente, fare qualche riferimento a quanto è già stato detto, ma cercherò di limitarmi allo stretto necessario.

Dovrò inoltre, tener conto dell'evoluzione registrata nella gestione dell'assistenza sanitaria e alle sue conseguenze pastorali: dopo l'aziendalizzazione degli istituti di cura, il malato che non sia in stato terminale, è mantenuto nell'ospedale il tempo strettamente necessario per definire la natura della malattia e la sua cura. Una volta stabilita la cura egli è preso in cura nel territorio, ossia a domicilio o nelle strutture sanitarie ambulatoriali. Ciò comporta mutamenti importanti anche nella pratica della pastorale sanitaria. Essa deve essere ripensata e riorganizzata non soltanto negli ospedali, ma

anche nell'ambito della pastorale parrocchiale ove sarebbe molto opportuno prevedere la presenza di vicari parrocchiali o di comunità di religiosi ordinati, con lo specifico compito dell'assistenza spirituale e religiosa dei malati a domicilio.

Tenendo presente questa nuova situazione, dopo alcune considerazioni introduttive generali, parlerò della presenza attiva e creatrice della Chiesa nel mondo della salute e di alcuni aspetti caratteristici dell'azione pastorale sanitaria nelle parrocchie e nelle istituzioni ospedaliere.

### **A - Considerazioni generali introduttive**

#### a) *Nuovo concetto di salute e di malattia*

La sensibilità odierna sembra particolarmente attenta alla dimensione positiva dell'esistere dell'uomo: la salute emerge come tema e preoccupazione primaria dal punto di vista sociale e culturale, e, dal momento che tutte le malattie sono divenute curabili e molte sono guaribili, essa è considerata un "diritto", un fatto normale e "dovuto". In tale nuovo concetto, la salute non viene rapportata unicamente a fattori fisici e organici ma anche alla dimensione psichica e spirituale della persona; essa coinvolge anche l'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive e opera, e tra salute, qualità di vita e benessere produce una profonda armonia esistenziale.

La salute, dunque, è anzitutto un'esperienza umana, anzi biografica. Essa è in stretto rapporto col vissuto che l'individuo possiede della propria corporeità e collocazione nel mondo, e con i valori sui quali egli costruisce la sua esistenza. Essa, quindi, non è solo un dato che

gli si impone ma anche un obiettivo, un traguardo, un compito che impegna a fondo la sua libertà. Una nuova definizione della salute, dopo quella data dall'OMS nel 1946, non è stata ancora formulata, ma abbiamo chiari principi sui quali essa dovrebbe fondarsi. Trabucchi dice: “*Salute* è: armonia tra corpo e spirito, armonia tra persona e ambiente, armonia tra personalità e responsabilità”.<sup>1</sup>

La concezione di salute o di persona sana può essere, allora, così formulata: “Una persona è sana quando è abitualmente capace di vivere, utilizzando tutte le facoltà ed energie in suo possesso e realmente disponibili, per il compimento della sua missione, in ogni situazione che incontra, anche difficile e dolorosa, o in altre parole, per sviluppare in ogni situazione il massimo di amore oblativo in Cristo di cui è concretamente capace in quel momento”<sup>2</sup>. “In corrispondenza a quello di salute, anche il concetto di malattia è cambiato. Non più configurabile come semplice patologia rilevabile attraverso un’analisi di laboratorio, la malattia è intesa anche come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamenti di valori e di errate gestioni dell’ambiente materiale umano” (Nota, n. 7)<sup>3</sup>. La medicina delle cure necessarie passando attraverso il concetto della medicina preventiva, ora sta facendo posto alla medicina dei desideri. Oggi più che di salute e di malattia si parla di uomo sano o malato, e la malattia prende consistenza non solo da patologie organiche, ma anche da contrasti tra desiderio e realizzazione, tra promessa e frustrazione che assumendo le connotazioni di una disarmonia resistente,

diventano disagio psicologico e malessere esistenziale.

b) *La Pastorale della Salute come accompagnamento nella crescita personale e cristiana*

Dicendo che l’uomo è sano quando è abitualmente capace di *vivere positivamente* la sua situazione e le sue risorse concrete, intendo dire che egli è sano quando è capace di vivere in maniera favorevole alla sua crescita personale come creatura e come figlio di Dio per la grazia che abita in lui. Sottolineo il raffronto tra uomo sano e uomo capace di vivere abitualmente in maniera positiva perché questa capacità costituisce un punto fondamentale di riferimento per stabilire il compito della pastorale sanitaria. Dal punto di vista cristiano infatti, la salute concepita come capacità abituale di vivere positivamente la propria vocazione dovrebbe includere anche gli impegni dell’uomo battezzato, così nel concetto di salute rientrerebbe anche l’essere in Cristo del cristiano portato ad un sufficiente sviluppo di autenticità e maturità: la sua attuazione piena coinciderebbe con la santità. Santo infatti è il cristiano che in ogni momento impegna se stesso nella carità, senza lasciare inutilizzata nessuna delle sue risorse.

In tale contesto, comprendiamo meglio la definizione che concepisce la pastorale sanitaria “come la presenza e l’azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura” (Nota, n. 19). In questa definizione la presenza e l’azione della Chiesa nel mondo della salute integra in una sola preoccupazione o relazione di aiuto e di accompagnamento: la persona malata, i

familiari che bisogna aiutare a vivere senza traumi e con spirito di fede la malattia dei propri cari, e gli agenti sanitari di cui bisogna favorire la formazione al senso di professionalità, di disponibilità al servizio e di rispetto dei valori fondamentali della persona sofferente.

In altre parole la pastorale sanitaria ha il compito di integrare tutte queste forze intorno alla persona malata per sollevarla moralmente ed aiutarla ad accettare e a valorizzare la sua situazione di sofferenza, accompagnandola anche con la preghiera e la grazia dei sacramenti, per rispondere alla sua vocazione fondamentale di uomo e di battezzato.

*c) Interrogativi etici di fronte alle nuove malattie e alle nuove cure*

L'accresciuta sensibilità dell'opinione pubblica e la responsabilità degli uomini di governo permettono di accelerare la ricerca scientifica per la messa a punto di tecniche nuove e di farmaci che assicurino la cura e la possibilità di guarire le nuove malattie, come l'AIDS, le tossico-dipendenze e, in generale, le malattie ritenute finora inguaribili. Ma, allo stesso tempo, i nuovi traguardi raggiunti dalla medicina diagnostica, farmacologica e chirurgica moltiplicano gli interrogativi etici alla coscienza degli operatori sanitari e delle collettività. Il campo della bioetica si va allargando enormemente. Giustamente si attendono risposte adeguate ed interventi legislativi che regolino, per esempio, i problemi connessi con la fecondazione assistita, la sperimentazione farmaceutica, i trapianti e la donazione degli organi e, infine, la clonazione umana. L'umanità ha urgente bisogno di luce, ma anche di paletti invalicabili alla ricerca e alla sperimentazione quando queste

**non salvaguardano la difesa della vita e la dignità della persona umana.**

*d) Nuove figure attorno al letto del malato: collaborazione interdisciplinare.*

**Negli ultimi decenni si sono moltiplicate attorno al letto del malato le figure di professionisti di diversa formazione e competenza delle quali nel passato non si sentiva nessun bisogno. Oltre alle figure classiche del medico, dell'infermiere e dell'assistente religioso, s'incontrano ormai in modo abituale lo psicologo, l'assistente sociale, il filosofo, il bioeticista, l'esperto dei diritti del malato, il giurista, il volontario, l'esperto di economia sanitaria e di gestione. Questa molteplicità di presenze nel tempo della malattia, se da una parte indica la cresciuta sensibilità verso la sofferenza umana, d'altra parte sottolinea la complessità dei problemi sanitari.**

La Chiesa è chiamata a riflettere su queste nuove presenze e a qualificare la propria azione pastorale, per dialogare con efficacia con gli altri operatori sanitari. Come in ogni ambito di lavoro professionistico, anche nel mondo sanitario non è più possibile lavorare da soli. Nella ricerca scientifica come nella semplice cura e assistenza quotidiana del malato è necessario lavorare insieme, in modo sincronico e con un medesimo obiettivo.

**B -** La presenza attiva e creatrice della Chiesa nel mondo della salute

*a) Gli interventi magisteriali e pastorali*

**Le considerazioni fatte fin qui ci portano a considerare le iniziative della Chiesa di fronte all'evoluzione del mondo della sanità: esse sono state sollecite,**

opportune e significative. Mi limito a citare solo i documenti più recenti: la Lettera Apostolica “Salvifici Doloris” del 1984; l’Esortazione Apostolica post-sinoidale “Christifideles Laici” del 1989 e l’Enciclica “*Evangelium vitae*” del 1995.

Nella Lettera Apostolica “Salvifici Doloris” il Papa tratta del senso cristiano della sofferenza umana. È il primo documento di un pontefice che affronta in modo organico questo grande problema. Con tale lettera il Papa vuole essere di aiuto a guardare a Cristo Crocifisso e accettare il “Vangelo della sofferenza” con amore e fiducia nel disegno misterioso, ma sempre amoroso, della divina provvidenza. Infatti ciò che per la ragione rimane inscindibile enigma, per la fede, alla luce della morte e risurrezione di Cristo, diventa messaggio di speranza.

Nell’Esortazione post-sinoidale “Christifideles Laici” il Papa tratta principalmente della missione dei laici nella Chiesa e nel mondo, ma nei numeri 53 e 54 egli indirizza un messaggio ai malati e ai sofferenti e rilancia con decisione un’azione pastorale per e con i malati capace di sostenere e promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l’uomo nei momenti nei quali, a causa della malattia e della sofferenza, sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita, ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre” (54). La “Chiesa, insiste il Papa, è tenuta a cercare l’incontro con l’uomo in modo particolare sulla via della sofferenza. In tale incontro l’uomo diventa la via della Chiesa ed è questa una delle vie più importanti” (53).

Nell’Enciclica “*Evangelium vitae*” (1995), il Papa denuncia la cultura di morte imperante nella società odierna e stimola i fedeli ad essere testimoni del

vangelo della vita con le diverse opportunità che vengono offerte oggi. Nella quarta parte di tale enciclica (78- 101) il Papa indica le piste dell’impegno Cristiano nel servizio della carità dandone anche un elenco di iniziative concrete: i consultori matrimoniali e familiari, i centri per far conoscere i metodi naturali per la regolazione della fertilità, i centri di aiuto e di accoglienza della vita, le comunità di servizio a malati particolari, l’adozione e l’affidamento dei bambini, i comitati di bioetica. Consigli, inoltre, la partecipazione alle varie forme di volontariato, l’animazione sociale e l’impegno politico.

Tra i documenti della Chiesa riguardanti la pastorale della salute consideriamo anche i messaggi del Papa per le Giornate mondiali dei malati; i documenti del Consiglio Pontificio per la Pastorale della Salute, tra i quali merita una particolare attenzione la “Carta degli operatori Sanitari”, l’istruzione “*Domun vitae*” della Congregazione per la dottrina della fede, su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione (1987) e le dichiarazioni delle diverse conferenze episcopali nazionali nell’ambito della pastorale della salute.

#### b) *Costituzione di strutture e organismi di animazione della Pastorale Sanitaria*<sup>4</sup>

Nella comunità ecclesiale sono sempre stati presenti istituzioni religiose, gruppi, movimenti e associazioni impegnati nel mondo sanitario. La loro azione, però, che mostra la varietà e la ricchezza dei carismi nella Chiesa, è stata caratterizzata, finora, dalla spontaneità e generosità, così che, spesso, si è rivelata ripetitiva, e forse dispersiva, facendo emergere l’esigenza di strutture di coordinamento, di

comunione e di programmazione<sup>5</sup>. La risposta a tale esigenza è venuta solo recentemente, attuandosi ai livelli di Chiesa universale, nazionale, regionale e diocesana.

**b<sub>1</sub>) A livello di Chiesa universale**

A livello di Chiesa universale, ha costituito un evento molto importante, l'istituzione, con il motu proprio *Dolentium hominum* dell'11 febbraio 1985<sup>6</sup> della *Pontificia commissione per la pastorale degli operatori sanitari*. Essa successivamente è divenuta *Pontificio consiglio per la pastorale degli operatori sanitari*<sup>7</sup>.

Tra gli scopi di tale organismo sono annoverati lo studio degli orientamenti programmatici e delle iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia nazionale che internazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la pastorale della chiesa; il coordinamento delle attività svolte dai diversi dicasteri della curia romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi; e il contatto con le chiese locali, in particolare con le Commissioni episcopali per il mondo della sanità.

Legata strettamente al Pontificio Consiglio per la pastorale degli operatori sanitari vi è la *Pontificia Accademia per la Vita*, istituita l'11 febbraio 1994 con il motu proprio *Vitae mysterium*<sup>8</sup> con lo scopo di studiare, informare, e formare circa i problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto rilevando il rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del magistero della Chiesa.

Nel Pontificio Consiglio per la pastorale sanitaria sono confluite alcune attività riservate prima al *Pontificio Consiglio "Cor Unum"* (1971), quali il

coordinamento delle attività mediche cattoliche e l'assistenza al settore della salute in vista della promozione umana.<sup>9</sup>

**b<sub>2</sub>) A livello di Chiese locali**

Passando ai livelli nazionali, le strutture di comunione e animazione, pur variando da paese a paese, presentano dei punti comuni. Si riscontra, infatti, la presenza delle *Commissioni episcopali nazionali* che hanno lo scopo di coordinare la pastorale della salute sul territorio della nazione, agendo attraverso le commissioni regionali o interdiocesane e diocesane. A modo di esempio, presento la situazione della Spagna e dell'Italia.

In Spagna,<sup>10</sup> nel 1970, su richiesta della base, la Conferenza episcopale crea il *Segretariato di pastorale sanitaria*, dipendente dalla commissione episcopale di pastorale. Il Segretariato è presieduto da un vescovo e animato da un direttore cui si aggiunge un'équipe che raccoglie i rappresentanti dei segretariati interdiocesani, dei religiosi, della Fraternità cristiana degli ammalati e i coordinatori delle sei commissioni istituite all'interno del Segretariato: ospedaliera, della salute nelle parrocchie, della salute mentale, dei professionisti sanitari cristiani, delle cure palliative e della formazione.

Tra le molteplici iniziative promosse dal Segretariato vanno ricordati i convegni nazionali (Agradulce, 1975; Madrid, 1994), la celebrazione della giornata del malato (dal 1985), il Concordato sull'assistenza cattolica nei centri ospedalieri pubblici, la pubblicazione del documento *L'assistenza religiosa negli ospedali. Orientamenti pastorali* (1987). In ogni diocesi vi è una Delegazione, il cui preside può essere un sacerdote, un religioso, o un laico. Dal 1977, si

celebrano annualmente le “Giornate nazionali dei delegati”, che sono un momento d’incontro, formazione, comunione, riflessione e confronto. Quali organi di collegamento delle Delegazioni diocesane vi sono i Segretariati interdiocesani.

In Italia, la Conferenza episcopale ha istituito la *Consulta nazionale per la pastorale della salute*. Sorta nel 1962, essa ha subito diverse modificazioni fino a raggiungere il volto attuale nel 1978. È guidata da tre vescovi, distinti per area geografica, uno dei quali funge da presidente. Ultimamente (1996) la Consulta è stata dotata di un ufficio permanente presso la sede della CEI.<sup>11</sup> Fanno parte della Consulta i Delegati regionali e i rappresentanti degli Ordini religiosi ospedalieri, dei Cappellani, delle associazioni cattoliche del settore e alcuni esperti. Molte sono le iniziative promosse dalla Consulta. Ha seguito attentamente la riforma sanitaria del paese, influenzando “perché fosse salvaguardata la presenza e l’attività delle opere di assistenza sanitaria cattoliche e dato opportuno spazio all’azione dell’assistente religioso nei presidi ospedalieri”<sup>12</sup>. Tre i convegni nazionali organizzati, l’ultimo dei quali (23-25 aprile 1995) è stato centrato su la “progettualità pastorale nel mondo della salute”<sup>13</sup>. L’attività di animazione e di formazione sta assumendo un’incisività sempre più grande attraverso obiettivi mirati, quale, per esempio, la preparazione delle giornate del malato e la formazione dei responsabili diocesani. L’operatività a livelli di regioni e di diocesi è garantita da Consulte o Commissioni regionali e diocesane.

C – Cura Pastorale sanitaria nel territorio e nelle istituzioni: Il Parroco e la Pastorale Parrocchiale della Salute

a) *La comunità cristiana come soggetto primario della pastorale della salute*

“La Chiesa, afferma il decreto *Apostolicam Actuositatem*, è nata con il fine di rendere, mediante la diffusione del Regno di Cristo, tutti gli uomini partecipi della salvezza operata dalla redenzione e, per mezzo di essi, ordinare il mondo intero a Cristo. Tutta l’attività del Corpo mistico, ordinata a questo fine, si chiama “apostolato”: un apostolato che la Chiesa esercita mediante tutti i suoi membri, naturalmente in modi diversi” (AA, 2).

È in tale contesto, che le comunità cristiane locali devono prendere coscienza della grazia e della responsabilità che esse ricevono dal Signore nei riguardi dei fedeli ammalati, ed offrire loro il conforto, la parola di Dio, i sacramenti e l’interessamento fraterno. Negli anziani, nei malati, nei sofferenti e nei disperati è realmente presente il Cristo; una comunità che non si rinnova in virtù di questa presenza, che non percepisce questa presenza di Dio nei poveri, che non la onora con la sua attività sociale e caritativa cessa di essere una Chiesa viva di Gesù Cristo.

In quest’azione di animazione e di coordinazione l’ufficio diocesano per la pastorale della salute riveste un ruolo strategico. Esso è chiamato a tenersi in stretto collegamento con l’ufficio regionale e quello nazionale per dare all’impegno locale una visione più ampia delle

problematiche specifiche. Secondo la “Nota” della CEI, i compiti della consulta diocesana, sono i seguenti: 1) animare e coordinare la pastorale sanitaria delle vicarie e delle parrocchie, favorendo un’azione comune e condivisa fra le varie associazioni, gruppi e organismi caritativi operanti nella diocesi. 2) Favorire la presenza di ammalati e operatori sanitari negli organismi ecclesiali diocesani. 3) Assumere iniziative di formazione e di aggiornamento nel settore (Cf. Nota 78).

I compiti indicati dalla “Nota” meritano un’attenzione particolare perché essi si inseriscono in modo eccezionale nelle innovazioni in atto nel mondo della salute. Difatti la tendenza generale della sanità ormai è nota: è in atto un lento processo di deospedalizzazione, cioè il malato sta e starà sempre meno tempo ricoverato nelle strutture ospedaliere per essere preso in cura, come abbiamo già detto, nel territorio, ossia a domicilio e nelle strutture sanitarie ambulatoriali.

Conseguentemente il discorso delle cure domiciliari, sta sviluppandosi con gradualità ma inesorabilmente. Esso richiede un cambiamento radicale del modo di concepire la medicina, della mentalità degli operatori sanitari, del rapporto con il paziente, del senso e del fine dell’attività terapeutica; esso, particolarmente, esige maggior impegno delle famiglie dei malati, e il coinvolgimento della comunità civile ed ecclesiale. Nell’ambito della pastorale della salute queste novità comportano una migliore organizzazione parrocchiale dell’assistenza religiosa a domicilio ed una rivisitazione delle modalità pastorali usate negli istituti ospedalieri ove la media della permanenza di un gran numero di malati è prevista

intorno ai 5 giorni.

## **b) *Dalla comunità cristiana alla comunità parrocchiale***

### **b<sub>1</sub>) *Il parroco e la pastorale parrocchiale della salute***

**A questo proposito è evidente che essendo il parroco il presbitero che cura, come pastore peculiare, la comunità parrocchiale (Cf. CDC 519), è a lui che riviene il compito di: prestare una personale attenzione ai malati della parrocchia e la responsabilità di promuovere ed animare il settore della pastorale sanitaria con particolare riferimento ai malati a domicilio (CDC 528-529). In base a tali compiti istituzionali il parroco, nella sua parrocchia, sarà il principale animatore della pastorale della salute.**

### **b<sub>2</sub>) *Le funzioni della Pastorale parrocchiale della salute***

Le tre funzioni classiche della pastorale – evangelizzazione, sacramenti e servizio – costituiscono anche per la pastorale della salute le tappe necessarie di un unico cammino la cui meta è la salvezza. Il momento sacramentale è reso significativo da un adeguato cammino di fede e da una calda partecipazione umana. Tuttavia tra le funzioni specifiche della pastorale deve entrare anche tutto ciò che concerne la promozione umana, sanitaria e sociale dei malati, e il rispetto dei valori della vita e della salute (Cf. Nota 6). L’umanizzazione dell’assistenza, dei servizi e delle istituzioni sanitarie è riconosciuta come funzione specifica della pastorale a causa

della sua valenza pre-evangelizzatrice.

c) *Alcune iniziative della pastorale parrocchiale sanitaria*

c<sub>1</sub>) *Sostegno e sensibilizzazione della famiglia del malato*

La pastorale della salute, concepita come presenza e azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura - abbiamo detto - non si occupa solo dei malati, ma anche dei sani; ciò particolarmente ispirando una cultura di maggiore sensibilità alla sofferenza, all'emarginazione, ai valori della vita e della salute. A questo riguardo un'attenzione particolare deve essere riservata alla famiglia del malato. Infatti, il comando del Signore di visitare gli infermi riguarda innanzitutto i membri della famiglia. Il senso di questo dovere elementare deve essere sviluppato a cominciare dalla giovane età.

È necessario, inoltre, che la famiglia sia educata a tenere presso di sé i congiunti in difficoltà. Il calore dell'ambiente familiare ha una funzione terapeutica insostituibile; al contrario l'abbandono nelle case di cura e nei pensionati causa sentimenti di solitudine e di tristezza e qualche volta di disperazione: certamente non giova alla salute. In tali momenti, specialmente se la malattia è lunga e grave, anche i familiari hanno bisogno di sostegno e di solidarietà. Un "ricambio" nell'assistenza del loro malato, offerto di tanto in tanto risulterebbe di grande aiuto.

In tale contesto è importante sensibilizzare la comunità cristiana in favore dell'istituzione di

servizi sanitari sostitutivi sul territorio, che diano la possibilità di risolvere a domicilio i problemi sanitari più comuni, senza dover ricorrere alla ospedalizzazione o al ricovero in istituti di cura. Vi sono motivi personali, familiari, sociali e anche economici che consigliano di privilegiare, per quanto è possibile, il servizio domiciliare a quello ospedaliero. Questi servizi potrebbero essere realizzati anche da gruppi stabili di assistenza, sostenuti dalla parrocchia.

c<sub>2</sub>) *I laici nella pastorale parrocchiale della salute.*

Finora la corresponsabilità laicale nella pastorale della parrocchia si è realizzata soprattutto nella catechesi, nella liturgia, nella pastorale giovanile ecc., ma è stata limitata nella pastorale per i malati. Forse perché oggettivamente più difficile o forse perché nella mentalità corrente il malato non occupa quella centralità che pure dovrebbe avere in una comunità veramente cristiana. Ecco perché questo ambito della pastorale parrocchiale ha bisogno di essere sensibilizzato maggiormente. Nei piani pastorali parrocchiali e diocesani, si dovrebbe riservare un'attenzione comunitaria anche ai malati. Finché non ci sarà questa attenzione, alla comunità parrocchiale mancherà una dimensione importante e qualificante.

c<sub>3</sub>) *Concepire una pastorale "con" i malati e non solo "per" i malati.*

Giovanni Paolo II nell'esortazione apostolica "*Christifidelis laici*" (Cf. n. 54) ha espresso una sua profonda intuizione: egli parla

di un rilancio dell'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti: il malato non deve sentirsi solamente oggetto di attenzione, ma divenire soggetto attivo nella vitalità ecclesiale della comunità parrocchiale, un canale di attenzione di Cristo e della Chiesa verso il mondo della sofferenza. Ancor più profondamente, il fedele malato deve acquisire la consapevolezza che egli partecipa in maniera singolare e privilegiata, all'azione redentrice di Cristo nel mondo, potendo ripetere con l'apostolo Paolo: "Compio nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa" (Col 1, 24).

Il malato non deve sentirsi emarginato dalla famiglia e dalla comunità. Malgrado il male fisico, l'handicap o le minorazioni, il malato, in quanto "icona di Dio", resta un essere umano nella pienezza della sua dignità e dei suoi diritti, degno di ogni rispetto e considerazione. Se il malato sperimenta nel visitatore, non un consolatore noioso, ma un fratello venuto per coinvolgerlo in un'opera utile – chiedendogli, per esempio, di pregare per gli avvenimenti e problemi della parrocchia - riuscirà certo, nonostante tutto, a sentirsi membro vivo del corpo mistico del Cristo, oggi.

d) *L'istituzione di un gruppo parrocchiale di operatori per la pastorale della salute.*

Ogni parrocchia, oltre i sacerdoti, dovrebbe avere un gruppo di operatori di pastorale della salute in grado di promuovere una attività concreta per i sofferenti. Tale gruppo non solo potrebbe integrare l'azione del parroco, ma potrebbe essere anche un canale di penetrazione in ambienti

refrattari alla Chiesa, una via di contatto con persone che altrimenti resterebbero escluse o dimenticate dalla comunità. Per questi operatori di pastorale sanitaria occorre prevedere una buona formazione umana e spirituale e una specifica preparazione al ministero, da farsi con corsi specifici.

L'istituzione di un gruppo parrocchiale di pastorale della salute è giustificata dall'esigenza di passare, anche in questo settore, da un'azione caritativa spontanea e dispersiva a un'attività comunitaria, organizzata e funzionale, dotata di stabilità e di una gamma di servizi che siano di tutela, di difesa e di promozione umana, religiosa e sociale. L'esistenza di un tale gruppo potrebbe evitare l'improvvisazione nel servizio e garantire la preparazione e formazione permanente.

**L'attività del gruppo inoltre dovrebbe estendersi ai malati della comunità degenti in ospedali e in case di cura e di riposo, e alle istituzioni di sanità del territorio. Un aspetto importante è il collegamento e la cooperazione con altri gruppi e organismi della parrocchia.**

**D - Cura Pastorale sanitaria nel territorio e nelle istituzioni: I,attività pastorale del cappellano d,ospedale<sup>14</sup>**

*a) Il Cappellano d'ospedale*

L'assistente religioso o cappellano delle istituzioni sanitarie è il sacerdote a cui "viene affidato in modo stabile la cura pastorale di quel particolare gruppo di fedeli, costituito dai malati e dai loro familiari e dagli operatori sanitari. Il suo com-

pito principale è di annunciare la buona novella e di comunicare mediante l'amministrazione dei sacramenti l'amore redentivo di Cristo a quanti soffrono nel corpo e nello spirito le conseguenze della condizione finita dell'uomo, accompagnandoli con amore solidale" (Nota 38).

**b) *Ministero della Parola e della comunicazione*<sup>15</sup>**

La fede ha il suo fondamento nella Parola. Ciò spiega perché ogni forma di apostolato consideri l'evangelizzazione e la catechesi come una priorità. Ciò avviene anche nella Pastorale della Salute. Si tratta di sanare o, almeno, ridurre la frattura tra Vangelo e cultura; di presentare correttamente il punto di vista cristiano sul dolore, la morte, la salute, il senso di servizio verso chi soffre.

Tuttavia, non si può pensare che evangelizzare un malato, specialmente se grave, sia la stessa cosa che evangelizzare un sano, il personale. Nel primo caso si fa soprattutto attraverso un dialogo a tu per tu, fatto di ascolto, di silenzi e di qualche parola che si intuisce corrispondente ai bisogni del malato. Nel secondo caso si ha un campo ove per il cappellano ospedaliero si aprono enormi possibilità di interventi pastorali in ordine alla progettazione pastorale e alla formazione per un'assistenza più umana ai malati.

Un'altra esigenza di fondo che emerge nel nostro tempo a proposito di evangelizzazione è la rilevanza dei problemi morali e il compito pastorale di offrire risposte adeguate ai gravi problemi sollevati dal progresso scientifico e tecnico verifi-

catosi nel mondo della sanità. Un assistente religioso ospedaliero deve avere una preparazione che lo renda idoneo a tale compito. E ciò non soltanto a livello personale, ma anche per la formazione degli operatori sanitari di ogni livello, favorendo iniziative e usando strutture già esistenti nel settore: insegnamento di etica professionale, istituzione di comitati etici, consigli di pastorale ospedalieri ecc.

**c) *Ministero di santificazione: celebrazione dei sacramenti e preghiera al letto dell'ammalato.***

Nelle parrocchie come nei luoghi di cura, la celebrazione dei sacramenti costituisce uno dei cardini fondamentali della pastorale della salute. È importante, tuttavia, tener presenti alcune indicazioni pastorali: il sacramento per essere intelligibile ed efficace va inserito all'interno di un cammino di fede. Non può essere presentato ed accolto come un atto isolato nell'insieme dell'esperienza di vita del battezzato ammalato. Inoltre deve essere liberato da interpretazioni e attese magiche e superstiziose. Al contrario va fatto comprendere l'indole sacra ed ecclesiale dei sacramenti. È Gesù che li ha istituiti affidando ai suoi discepoli il compito di "fare in sua memoria" ciò che egli ha fatto per la salvezza di tutti gli uomini.

Nella pastorale della salute si insiste sull'importanza dell'incontro dei malati con Cristo nei sacramenti della Riconciliazione, dell'Eucaristia e dell'Unzione degli infermi. Ognuno di questi sacramenti ha una grazia sacramentale propria, perciò, nella cura pastorale dei malati è bene tenerne conto. Normalmente si deve distinguere la cura pastorale dei malati, dalla cura

pastorale dei moribondi. Per i primi sono proposti i sacramenti della Penitenza, dell'Eucaristia e dell'Unzione degli infermi; per i secondi ancora l'Unzione degli infermi, il Viatico e la raccomandazione dell'anima.

L'Unzione degli infermi è la forma propria e più tipica dell'incontro dell'uomo con Cristo in quella difficile e fondamentale situazione umana che è la malattia. Dalla riscoperta di questo sacramento – attraverso un'opportuna catechesi e significative celebrazioni individuali e comunitarie, atte a creare una nuova mentalità – conseguiranno grandi vantaggi spirituali, consolazione e conforto per coloro il cui stato di salute è gravemente compromesso dalla malattia o dalla vecchiaia. Ecco perché bisogna inculcare che 'Unzione degli infermi è un sacramento da ricevere in piena coscienza per poterne ricevere tutti gli aiuti spirituali ed anche il benessere fisico<sup>16</sup>.

#### d) *Il ministero della cura pastorale.*

Il cappellano d'ospedale potrebbe essere qualificato come "il ministro della comunione" nella comunità ecclesiale ospedaliera. La riflessione teologica post conciliare infatti ha riscoperto la centralità della *comunione* nel ministero della Chiesa e nell'attività pastorale. La comunione ecclesiale, che è anzitutto dono dello Spirito e riflesso della vita trinitaria, chiede di essere vissuta e tradotta in esperienza di comunità. Nella Chiesa ciascuno ha il proprio dono dallo Spirito e ciascuno ha la grazia e il compito di operare per l'edificazione della comunità ecclesiale e della sua crescita nella fedeltà a Cristo.

Il cappellano "realizza questo compito

attraverso una vasta gamma di attività ed iniziative: visita ed incontro con il malato, aiuto alla famiglia, animazione di gruppi ed associazioni di volontariato e/o professionali, rapporto con la chiesa diocesana e con la realtà territoriale, attività di umanizzazione ecc. Queste attività non sono certamente compito esclusivo del cappellano, ma certamente è suo compito far sì che esse siano vere esperienze ecclesiali. La visita ai malati costituisce uno dei gesti più significativi del ministero della cura pastorale del cappellano d'ospedale. Il colloquio personale deve costituire la scena madre, classica di qualsiasi pastorale sanitaria. Essa prende corpo in visite regolari, nei reparti o nelle camere singole, durante le quali si individua la necessità di colloquio pastorale nei malati, nei familiari e nel personale e si stabilisce, allo stesso tempo, una presenza di Chiesa.

Quando la malattia si presenta come seria e duratura, allora essa non resta soltanto un fatto corporeo, ma si espande anche nella dimensione psichica e spirituale della persona e il malato non sente soltanto la necessità di essere sostenuto fisicamente, ma attende anche un sostegno spirituale e psicologico: l'operatore pastorale sanitario è chiamato, allora, a svolgere un *ministero di consolazione*. La guarigione del malato, in gran parte, dipenderà anche dalla qualità del sostegno spirituale e psicologico che gli sarà offerto.

Gli interventi degli operatori pastorali in queste circostanze non dovranno essere di *routine* o di parole fatte, ma partire dalle difficoltà spirituali concrete della persona concreta con cui essi trattano nel momento. L'accompagnamento spirituale deve tendere a suscitare e risvegliare le

potenzialità fisiche, psicologiche e spirituali del malato perché egli possa raggiungere la capacità di non andare alla deriva ma di accogliere la speranza offerta dalla fede. È allora che l'assistenza spirituale può convertirsi in assistenza religiosa e completarsi attraverso una illuminata celebrazione dei sacramenti.

Al cappellano ospedaliero inoltre, come uomo della comunione si chiede anche di essere *uomo delle relazioni*, un uomo che facilita le relazioni tra il malato e i familiari, tra lo stesso e la sua parrocchia, tra l'istituzione ospedaliera e la chiesa locale. Va superato, infatti, l'isolamento della pastorale ospedaliera dalla pastorale parrocchiale e diocesana; vanno superate le diffidenze tra clero parrocchiale e cappellani, tra sacerdoti religiosi e sacerdoti diocesani. L'obiettivo è di riuscire ad integrare la pastorale ospedaliera con quella diocesana e allo stesso tempo sensibilizzare la chiesa locale ai problemi della pastorale della salute.

#### e) *Animazione e umanizzazione dell'assistenza ai malati.*

Tra i compiti importanti del cappellano d'ospedale, entra anche quello d'animare la collaborazione all'umanizzazione dell'ambiente di cura di cui è il responsabile pastorale. Egli, a tale proposito deve favorire o attivare tutte le energie atte a promuovere una maggiore umanizzazione degli istituti ospedalieri. Si tratta di un compito che, secondo le diversità carismatiche, compete a tutta la comunità ecclesiale che vive in tali luoghi, ma compete particolarmente a quei laici (Cf. LG 31), che per loro competenza ne occupano posti di

responsabilità nella gestione dei servizi amministrativi, terapeutici e tecnici. Il cappellano li animerà con il consiglio e l'incoraggiamento, ma non è opportuno che accentri in sé tutte le competenze e responsabilità. Non è neppure opportuno che egli agisca in un ottica di delega, come se i laici fossero semplici esecutori delle decisioni del clero.

Le iniziative umanizzanti a cui più frequentemente si fa riferimento sono: la promozione del rispetto dei valori fondamentali (vita-salute-libertà), la difesa dei diritti del malato, anche con la istituzione di Comitati Etici o organismi di tutela dei diritti del malato, la valorizzazione delle associazioni professionali, la formazione di gruppi di volontariato, la predisposizione di corsi, giornate, incontri di formazione etico-professionale, il coinvolgimento di associazioni di ammalati, il sostegno a famiglie in difficoltà.

È tuttavia opportuno sottolineare che, in tema di umanizzazione del mondo sanitario, il centro dell'attenzione deve rimanere sempre la dignità della persona malata e la qualità delle relazioni tra pazienti e personale. È a questo livello, infatti, che possono avvertirsi tensioni che minacciano alcuni valori fondamentali come:

- *La centralità della persona malata.* Il servizio sanitario non dovrebbe essere concepito come mezzo per far fronte ad un bisogno proprio, ma come risposta alle esigenze di una persona per la quale, in un momento della vita, lo stato di salute diventa fonte di preoccupazioni rilevanti.
- *Un sano rapporto tra personale e malato.* Il

malato non deve essere considerato come un'occasione di lavoro, ma come un essere portatore di una dignità uguale alla propria. E la debilitazione causata dalla malattia non deve costituire un'occasione per stabilire con lui una relazione di forza.

- *La partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico.* Attraverso una informazione più attenta l'ammalato dovrebbe poter passare da un atteggiamento di mera passività ad una presa di responsabilità nei confronti della propria malattia e delle conseguenze che l'azione terapeutica potrebbe provocare.
- *Il rispetto della persona degli operatori sanitari.* Il mondo della sanità si trasforma in ambiente disumano per il personale quando quest'ultimo è costretto a sopportare modalità di lavoro che offendono la sua dignità obbligandolo a comportamenti che egli eviterebbe volentieri o che sono contrari al suo modo di concepire l'assistenza ai malati.

f) *Il consiglio pastorale ospedaliero e progetto di una "nuova cappellania".*

“Uno degli strumenti più efficaci per esprimere la comune responsabilità nella pastorale di un'istituzione sanitaria è il *consiglio pastorale ospedaliero*”. Tra le sue finalità generali emerge come prioritaria quella di *“favorire la formazione di una fraternità cristiana nella vita ospedaliera”* (Nota 42). Altre finalità generali sono: la programmazione dell'evangelizzazione e l'umanizzazione, la promozione della vita sacramentale e liturgica e, infine, la collaborazione

con le realtà ecclesiali territoriali.

La “Nota” della Consulta per la pastorale sanitaria della CEI oltre che parlare del cappellano propone anche una nuova struttura pastorale: la “cappellania ospedaliera”, che concepisce come “espressione del servizio religioso della comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie”. Essa, secondo il documento, “è composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici” (Cf. Nota, 79-81).

La novità di questa definizione consiste nel fatto che essa apre le cappellanie ospedaliere ai diaconi, ai religiosi non sacerdoti, alle religiose e ai laici. Si tratta di un'apertura non prevista dal nuovo Codice di Diritto Canonico. Le parole del documento lasciano trasparire che essa è innanzitutto il frutto di una crescita nella “mentalità comunionale” maturata in maniera significativa nella riflessione conciliare e post-conciliare. Se infatti la cappellania è “espressione del servizio religioso della comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie”, è importante che tale comunità cristiana sia rappresentata da tutte le sue componenti (Cf. LG, 12; AA, 2; Cf., 23).

Tuttavia, a mio avviso, la denominazione di cappellania è impropria: per non creare ambiguità essa dovrebbe essere riservata ai sacerdoti, ministri dei sacramenti. Alle altre componenti dell'équipe del servizio religioso potrebbe essere attribuito l'appellativo di “Cooperatori Pastoralisti” oppure, facendo seguito a quanto avviene a livello nazionale, regionale, e diocesano, ove esistono le relative consulte per la pastorale della salute, si potrebbe parlare di una consulta pastorale ospedaliera avente gli stessi

obbiettivi e composta dalle stesse persone indicate dalla “Nota” per la “cappellania” (Nota 80-81).

La presenza nell'équipe pastorale dei diaconi, dei religiosi e delle religiose, e dei laici potrebbe consentire al cappellano di ordinare il lavoro pastorale in maniera più efficiente e più valida. Egli sarebbe liberato da tanti servizi di supplenza che non hanno propriamente il loro fondamento nell'ordine sacro e così potrebbe riservare le sue energie per compiti più specificatamente sacerdotali. Infine, dalla visione particolare del laico, dalla prospettiva carismatica del religioso e della religiosa e dalla sensibilità tipica della donna potrebbe derivare alla pastorale ospedaliera una più grande ricchezza e varietà di interventi.

Bene intesa, la cosiddetta nuova cappellania non può che far crescere il senso ecclesiale della presenza e dell'azione pastorale del cappellano, consentendogli di animare con più efficacia le forze cristiane presenti nella comunità ospedaliera attraverso gruppi, associazioni e in modo particolare, il consiglio pastorale ospedaliero.

## Conclusione

Per concludere sottolineo alcune linee operative emergenti da quanto ho esposto:

1) Innanzitutto abbiamo preso coscienza dei cambiamenti avvenuti o in via di realizzazione nel mondo sanitario a livello culturale, strutturale e pastorale.

A *livello culturale* abbiamo rilevato la crescita sensibilità alla dimensione positiva dell'esistere umano ed il passaggio dalla denominazione di pastorale della malattia e della sofferenza alla nuova formu-

lazione di Pastorale della salute; stiamo assistendo, inoltre, all'imporsi di un nuovo concetto di salute, che si definisce: “Salute della Persona” descrivendosi come “capacità abituale di vivere positivamente la propria vocazione umana (e cristiana) in qualunque situazione, usando le risorse concrete a propria disposizione”. La salute così definita, non è più soltanto un dato che si impone, ma anche un obiettivo da raggiungere impegnando a fondo la propria libertà. Parallelamente anche il concetto di malattia è cambiato. Non più configurabile come semplice patologia riconoscibile attraverso un'analisi di laboratorio, la malattia è intesa anche come malessere esistenziale. La medicina, oggi, attraverso il concetto di medicina preventiva, sta facendo posto alla medicina dei desideri, da ciò consegue che la malattia può prendere consistenza non solo da patologie organiche, ma anche da contrasti tra desideri e realizzazioni, promesse e frustrazioni, ossia da disarmonie personali resistenti che diventano disagio psicologico e malessere esistenziale. In tale contesto la pastorale della salute, mediante la luce e la grazia del Signore, diventa accompagnamento della persona malata, sollevandola e rendendola capace di vivere la sofferenza in modo positivo in relazione alla propria vocazione umana e cristiana, come occasione di imitazione di Cristo e di più grande amore per Dio.

A *livello strutturale*, dopo l'aziendalizzazione degli ospedali stiamo constatando un riflusso delle persone malate verso l'assistenza domiciliare e nelle altre strutture sanitarie del territorio. Da questo fatto emerge un nuovo ruolo della Parrocchia nella pastorale della salute e conseguentemente la necessità di una riorganizzazione della pastorale sanitaria sia negli ospedali che nelle parrocchie.

A *livello pastorale* è necessario tener presente

con particolare attenzione la novità dell'apertura verso i parenti e gli operatori sanitari, il primato dell'evangelizzazione, la distinzione della pastorale dei malati dalla pastorale dei moribondi, il ministero di comunione e di consolazione, l'integrazione della pastorale ospedaliera con quella diocesana, e la realizzazione della nuova cappellania e dei consigli pastorali ospedalieri.

2) Infine abbiamo rilevato la necessità dell'umanizzazione del mondo sanitario. Ciò comporta: a) il rispetto della dignità del malato, considerato nella sua soggettività, come immagine di Dio e di Cristo sofferente; come persona, nella sua dimensione somatica, psichica, familiare, sociale, spirituale e trascendentale, che sono dimensioni anche terapeutiche; b) La preparazione di fronte ai problemi etici nati dalle nuove malattie e dai progressi delle tecniche mediche; c) La promozione del Volontariato, come segno del nostro tempo, nelle sue forme più tipiche: assistenziale, pastorale e partecipativo.

Ricordo infine queste parole di Paolo VI: "Le tecniche dell'evangelizzazione sono buone, ma neppure le più perfette tra di esse potrebbero sostituire l'azione discreta dello Spirito. Anche la preparazione più raffinata dell'evangelizzatore, non opera senza di lui. Senza di lui la dialettica più convincente è impotente sullo spirito degli uomini. Senza di lui i più elevati schemi a base sociologica e psicologica si rivelano vuoti e privi di valore. Si può dire che lo Spirito Santo è l'agente principale dell'evangelizzatore" (EN 75).

## NOTE

<sup>1</sup> Cf. Trabucchi C., *Benessere fisico, mentale e sociale*, in *La Casa*, 44 (1984) pp. 151-157

<sup>2</sup> Cf. Ciccone L., *Salute e malattia (Questioni di morale della vita fisica (II))*, ED. Ares, Milano 1986, p. 34.

<sup>3</sup> La "Nota" "La pastorale della Salute nella Chiesa italiana" della Consulta pastorale nazionale della Conferenza Episcopale Italiana (CEI) ha avuto il merito di tracciare per la prima volta in modo organico le linee portanti della pastorale sanitaria: ambiti, motivazioni, soggetti e strutture. Questa nota, pur essendo un documento di una chiesa locale, acquista un valore universale perché riconosce, accetta e sintetizza, unificandoli, i documenti della Chiesa universale sull'argomento, usciti dal Concilio Vaticano II all'epoca della sua redazione (1989). I documenti a cui mi riferisco sono i seguenti: La Costituzione Apostolica "Sacram Unctionem Infirmorum" del 1972; il nuovo "Ordo Unctionis Infirmorum eorumque pastoralis curae", sempre del 1972; il documento CEI "Evangelizzazione e sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli Infermi" (1974); La Lettera Apostolica " Salvifici Doloris" (1984) e l'Esortazione Apostolica "Christifideles Laici" (1988).

<sup>4</sup> Cf. Brusco A. e Pintor S., *Sulle Orme di Cristo Medico*, EDB, 1999 p. 207- ss.

<sup>5</sup> A. BRUSCO, "La pastorale sanitaria nell'attuale contesto sociale, in AA. Vv., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese 1995, 41.

<sup>6</sup> EV 9/1410-1418.

<sup>7</sup> EV 11/984-985.

<sup>8</sup> EV 14/538-563.

<sup>9</sup> Cf. G. Giannini, "Pontificio consiglio "Cor Unum,, in *DTPS*, 921-922.

<sup>10</sup> Cf. S. Pellicer, "Pastorale sanitaria in Spagna,, in *DTPS*, 854-858.

<sup>11</sup> Cf. S. Pintor, "dite il vangelo e curate i malati,, in *Settimana* 23(1998), 8-9.

<sup>12</sup> G. Santoro, "La Consulta della CEI per la pastorale della sa-

nità,, in *Insieme per servire* 2(1988), 10-13. Cf. anche R. Messina, “la Consulta nazionale e le Consulte regionali e diocesane della sanità,, in *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, a cura di A. Brusco, Camilliane, Torino 1992, 203-212.

<sup>13</sup> Cf. gli Atti del Convegno in *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese 1995.

<sup>14</sup> Parlo riferendomi all’ospedale, ma pensando anche alle altre strutture sanitarie esistenti oggi sul territorio, quali: case di cura, case alloggio, case per anziani e parenti di malati, centri di ascolto, ambulatori ecc.

<sup>15</sup> Per tutta questa parte è molto opportuno confrontare: LA CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI, un documento del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari (1994). Si consultino particolarmente i titoli: “*Cura pastorale e sacramento dell’Unzione degli infermi*”; “*I malati terminali*”; “*L’assistenza religiosa ai malati*”.

<sup>16</sup>Cf. CEI, *Evangelizzazione e Sacramenti della Penitenza e dell’Unzione degli infermi*, nn 137-140.